

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

279

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

A. KOL

Né le 4 avril 1911, à Kalisz (Pologne)

Contribution à l'Etude du Diagnostic
et du Traitement médico-chirurgical
des
Péritonites à Pneumocoques

Président : M. L. TANON, *Professeur*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1940

579

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

A. KOL

Né le 4 avril 1911, à Kalisz (Pologne)

Contribution à l'Etude du Diagnostic
et du Traitement médico-chirurgical
des
Péritonites à Pneumocoques

Président : M. L. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÈNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SEZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ÉCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES FRÈRES ET SOEURS

*En témoignage de reconnaissance pour
tous les sacrifices qu'ils se sont imposés
pour moi.*

A MES AMIS

*Qu'ils trouvent tous ici, l'assurance de
ma reconnaissance affectueuse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse, hommage de notre
reconnaissance respectueuse.*

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALGLAVE

Médecin Commandant
Chirurgien Chef de l'Hôpital Civil et Militaire à Rambouillet

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUENOUILLE

Médecin Capitaine, Radiologiste,
Médecin Chef du Service de Radiologie à Rambouillet

A MONSIEUR LE DOCTEUR HICHMAN

Médecin Capitaine,
Chef du Service de Médecine à Rambouillet.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUBRÈRE

*Témoignage de gratitude et hommage
de mon profond respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'Ecole de Pleins Exercices à Tours

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE PLEINS EXERCICES
DE MÉDECINE DE TOURS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

Contribution à l'Etude du Diagnostic et du Traitement médico-chirurgical des Péritonites à Pneumocoques

Introduction.

Parmi les différentes formes cliniques des péritonites, celle à pneumocoques est très importante tant au point de vue clinique qu'au point de vue de son traitement. Elle forme une entité clinique qui a sa symptomatologie propre et pose des problèmes thérapeutiques tout particuliers. Le diagnostic de la péritonite à pneumocoques, comme le disent fort bien Lenormant et Lecène, doit être réservé aux cas dans lesquels l'infection par le pneumocoque se produit sans l'intervention d'une cause définie, telle qu'une perforation du tractus intestinal ou une infection génitale.

Mais ce diagnostic ne doit pas être jugé d'une façon très stricte au point de vue bactériologique. Sans doute, dans la grande majorité des cas, on trouve le diplocoque de Talamon-Fraenkel avec ses caractéristiques qui vont permettre son identification soit par la culture et surtout par l'inoculation. Mais à côté de

ces cas heureux, il y en a d'autres où les microbes peuvent être morts et le pus stérile. Dans d'autres encore il arrive que le diplocoque n'a pas une capsule nette, se dispose en chaînettes et ressemble au streptocoque. Il arrive parfois qu'il se trouve associé avec d'autres germes (coli, streptocoque, pneumobacille de Friedlander et même le bacille de Koch). Comme le pneumocoque est peu résistant, il peut se faire qu'il disparaisse, laissant voir seulement son associé, alors qu'il a probablement joué le rôle dominant dans l'évolution de la maladie.

Donc lorsque les caractères cliniques sont bien typiques, lorsque le pus présente son aspect spécial, pus crémeux jaune ou verdâtre, non fétide, abondant, renfermant de grandes quantités de fibrines, on peut classer l'affection dans le cadre de la péritonite à pneumocoques.

Historique.

L'histoire de cette affection remonte à 1885, époque où Bizzollo, découvrit pour la première fois le diplocoque encapsulé dans l'exsudat d'une péritonite enkystée. Netter et Brun montrèrent ensuite sa fréquence toute particulière chez l'enfant et distinguèrent ses deux grandes formes cliniques : la forme localisée et la forme diffuse. Ensuite, vinrent les travaux de Cassaet (1896), le travail de Jensen (1903) et celui de Lenormant et Lecène (1905). Puis les travaux s'espacèrent et la question ne reprit de l'actualité, tant en France qu'à l'étranger, que lorsque l'évolution de la chirurgie remit en discussion les indications du traitement.

Étiologie.

La fréquence de la péritonite à pneumocoques est difficile à évaluer, car tous les cas ne sont pas contrôlés bactériologiquement. Elle est suffisamment fréquente pour rentrer dans les maladies courantes, mais cependant relativement plus rare que les autres affections à pneumocoques.

L'âge est une condition prédisposante importante. En effet, c'est chez l'enfant que cette affection se voit le plus souvent. D'après les statistiques la majorité des cas évolue entre cinq et dix ans.

La péritonite à pneumocoques se voit chez le nourrisson. Netter cite un cas d'un enfant de quatre jours, chez lequel il a pensé que l'infection s'était faite par la voie placentaire.

Mais il ne faut pas oublier la fréquence, relative d'ailleurs, des péritonites à pneumocoques chez l'adulte, et comme disait mon Maître Lapeyre, il ne faut pas considérer cette maladie comme une affection exclusivement ou presque de l'enfance, afin d'éviter de la méconnaître dans certains cas et de commettre des erreurs de diagnostic, dans d'autres (Observation à la fin).

Le sexe : d'après les statistiques, la prédisposition du sexe féminin est évidente (environ 75 pour 100 des cas).

C'est une affection tantôt isolée, tantôt associée à d'autres manifestations du même microbe. Dans le second cas elle serait, d'après de nombreux auteurs, secondaire ou plutôt une complication d'une infection à pneumocoques siégeant dans un autre organe. Le plus souvent elle est associée, et c'est le cas le plus fréquent chez l'adulte, aux affections pleuro-pulmonaires surtout la pneumonie.

Agent pathogène. Ses caractères.

L'agent pathogène, le pneumocoque de Talamon-Fraenkel, est un diplocoque entouré d'une capsule. Prend le Gram. Il a été découvert dans le sang de pneumoniques par Talamon, en 1883, mais déjà Pasteur, en 1881, constata sa présence dans la salive. Fraenkel en fit une étude plus complète.

Il existe à l'état saprophyte dans la bouche et dans les voies respiratoires supérieures. Il peut devenir ainsi virulent et pathogène par suite d'influences extérieures, en particulier du froid.

On décrit quatre variétés de pneumocoques que l'on différencie par leurs propriétés d'agglutination. Le type III est connu aussi sous le nom de streptococcus mucosus. Mais chacun de ces types possède des différentes modifications morphologiques et il en résulte que l'identification du pneumocoque est parfois difficile et que par ce fait, certains cas cliniques demeurent difficiles à vérifier et authentifier.

Le pneumocoque se cultive au mieux sur la gélose-ascite et là, ses colonies prennent l'aspect « en gouttes de rosée ». Il se différencie nettement des autres microbes par l'épreuve de Neufeld : il est en effet

lysé par la bile ou par le choléate de soude qui sont sans action sur les autres microbes.

L'addition à 2 cc. de culture pneumococcique en bouillon de 1 à 2 cc. de bile de lapin montre qu'en 15 minutes environ la culture s'éclaircit et aucun procédé ne permet plus d'y trouver du pneumocoque.

Ce fait, très important, a fait penser au traitement possible des pneumococcies par la bile ou ses sels, traitement d'ailleurs sans résultats appréciables.

Le pneumocoque se développe entre 24 et 40°. Il existe sous forme aérobie et anaérobie. Cette dernière est plus virulente. La souris — très sensible au pneumocoque, — inoculée, meurt en 24 heures environ de septicémie. Mais l'étude des lésions anatomiques provoquées par l'injection intrapéritonéale de pneumocoque chez le lapin est la plus intéressante.

Les anses intestinales se congestionnent rapidement et se recouvrent ensuite de fausses membranes.

En effet, on a retrouvé ces lésions anatomo-pathologiques dans des péritonites diffuses aiguës prises parfois pour des péritonites d'origine appendiculaire et dans lesquelles il n'existait aucune lésion de l'appendice.

Anatomie pathologique et pathogénie.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions diffèrent suivant que la péritonite reste généralisée ou qu'elle se localise. D'après les statistiques, la péritonite diffuse est plus fréquente chez l'enfant, mais elle peut se voir aussi chez l'adulte. On admet toutefois que la péritonite à pneumocoques est toujours diffuse au début et qu'elle se localise secondairement.

La péritonite généralisée se présente sous trois formes : forme septique, suppurée et forme à abcès multiples.

La première, rare, se caractérise par des dépôts fibrineux abondants à la surface de l'intestin ou du péritoine. L'épanchement n'est pas abondant, il se résume souvent à une petite quantité de sérosité louche, quelquefois verdâtre.

La forme suppurée est la plus fréquente. Ici le pus est abondant, crémeux, bien lié, de couleur verdâtre, inodore et contient des dépôts fibrineux abondants. L'intestin présente une congestion plus ou moins marquée, diffuse. Dans certains cas le péritoine n'est que peu touché.

La troisième forme n'est pas classique, car elle

peut faire partie des formes localisées, mais dans certains cas elle présente tous les signes d'une péritonite généralisée.

La péritonite localisée se présente le plus souvent sous la forme d'un abcès unique. C'est la forme typique où l'enkystement se fait presque toujours dans la même région, au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane, au contact de la paroi abdominale. La poche est délimitée en avant par le péritoine, en bas par les organes du bassin, en haut par l'épiploon et le côlon transverse. La collection est de forme assez régulière.

A côté de cette forme typique il en existe d'atypiques, plus rares, où l'abcès occupe un siège autre que dans le cas typique. D'autre part il peut exister des abcès multiples.

Quant à la pathogénie de cette affection, les auteurs évoquent quatre voies d'arrivée du pneumocoque au péritoine : la voie transdiaphragmatique, la voie génitale, la voie intestinale et la voie sanguine. Mais il faut reconnaître l'impossibilité d'arriver à des conclusions certaines. Il semble néanmoins que certaines de ces hypothèses ont leur raison d'être, celle par exemple, d'une infection d'origine génitale ou la prédominance de la P. à P. dans le sexe féminin aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

En résumé, toutes ces voies sont possibles, les auteurs admettent la possibilité de chacun des modes d'infection, et s'ils penchent les uns en faveur d'un mode, les autres de modes différents, c'est plutôt d'après des impressions que sur des preuves certaines.

Symptomatologie.

Le début de la P. à P. est généralement brusque : le malade ressent une douleur abdominale violente, accompagnée de vomissements, de diarrhée et d'une élévation de la température. Quelquefois la douleur est moins vive, la température ne dépasse pas 38°5 et les symptômes dominants sont les vomissements et la diarrhée.

Ces signes ne sont pas précédés de prodromes.

La douleur est variable : tantôt très vive, un véritable coup de couteau abdominal, tantôt moins violente et quelquefois présente le caractère de coliques. Son siège est souvent mal défini.

Les vomissements existent presque toujours : alimentaires puis bilieux. Leur fréquence et durée sont variables. La diarrhée n'est pas toujours constante, surtout chez l'adulte, mais chez l'enfant constitue un symptôme d'une certaine importance.

La fièvre s'élève vite, la température atteint 40° ou 41°. Le pouls est en rapport avec la température.

A côté de ces signes, il y a coexistence fréquente d'un herpès. Les malades accusent une céphalée plus ou moins intense. L'état général est en rapport avec

la gravité de l'infection, le faciès vultueux, et dans les formes graves péritonéales (nez pincé, yeux excavés, traits tirés).

A ce stade les signes physiques font défaut : le ventre est souple, sans défense musculaire.

La période de début ne dure pas longtemps, le plus souvent, elle se prolonge pendant 24 à 36 heures et les signes diffèrent suivant que la péritonite reste généralisée ou qu'elle se localise.

I. — Péritonite généralisée.

Ici les signes sont graves. L'état général est mauvais, dénotant une intoxication profonde. Les douleurs s'accroissent, les vomissements se répètent, deviennent quelquefois fécaloïdes. La diarrhée persiste. Quant aux signes physiques ceux-ci sont variables : parfois le ventre est ballonné, tendu, dans d'autres cas il reste souple, peu douloureux et ce sont les signes d'intoxication qui dominent. Dans les deux cas la mort se fait en quelques heures (forme septique) ou en quelques jours par collapsus cardiaque.

II. — Péritonite localisée.

Après la période de début il peut y avoir deux cas : ou bien la maladie continue ou, cas d'ailleurs rares, au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre ce qui fait parfois espérer la guérison spontanée. C'est Mouriquand qui a insisté sur cette variété résolutive de la P. à P.

Mais le plus souvent, au lieu de cette résolution, nous voyons la température ne pas revenir à la normale, elle oscille entre 38° et 38°5, mais l'état général s'améliore légèrement.

C'est à cette période que les signes locaux deviennent de plus en plus évidents,

Le ventre commence à se météoriser, puis, peu à peu on perçoit plus ou moins nettement une certaine rénitence profonde qui diffère du plastron de l'appendicite et des « gâteaux » de la péritonite tuberculeuse.

L'abcès commence à se développer et ses limites se précisent de plus en plus. Au bout de quelques jours on le voit prendre un relief manifeste en soulevant la paroi abdominale dans la région décrite déjà dans un autre chapitre.

Que deviendra cette collection ? Abandonnée à elle-même, vers la quatrième semaine, l'épanchement cherche sa voie vers l'extérieur. Le plus souvent le pus se dirige vers l'ombilic et il se produit une fistule. Ce cas est rare, car, aujourd'hui une fois le diagnostic fait, l'intervention interrompt cette évolution naturelle.

Les cas d'ouverture d'un abcès dans une des cavités naturelles du petit bassin sont décrits, mais sont très rares.

Diagnostic.

Avant de décrire le diagnostic différentiel de la P. à P. je citerai une observation d'une petite malade de 9 ans hospitalisée pour « un syndrome abdominal, probablement appendicite ». En effet elle en présentait le tableau clinique. La température était : 39°8. Après l'avoir mis au régime habituel et la glace sur le ventre, son état s'améliorait légèrement. Ses parents nous ont renseigné qu'elle se plaignait des douleurs dans le ventre depuis environ 6 jours, sa température étant alors de 39°. Elle avait des vomissements dès le premier jour de sa maladie et des selles assez fréquentes, sauf les 2 premiers jours où elle était plutôt constipée. Dans ses antécédents, rien à signaler.

Vers le cinquième jour la température n'était que de 38°. Examinée ce jour, elle présentait un ventre moins douloureux et légèrement ballonné. La palpation des fosses iliaques était douloureuse avec prédominance à gauche. Etat général bon.

Devant un tableau pareil on prit la décision d'attendre. Cependant 3 jours après, après un examen attentif, on perçoit à la palpation à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic une légère fluctuation. Le diagnostic semblait être fait.

On l'opère le lendemain. Après laparotomie médiane

on tombe sur des anses intestinales rouges, au-dessous quelques fausses membranes et brusquement, au niveau du bassin, on ouvre une poche remplie de pus d'aspect verdâtre, tapissée par une couche de fausses membranes blanchâtres. On prélève un peu de pus pour examen bactériologique. On place un Mikulicz et un petit drain, après avoir vérifié l'état de l'appendice qui d'ailleurs ne présentait rien d'anormal. Suites post-opératoires bonnes.

Le laboratoire a répondu : très nombreux pneumocoques, quelques staphylocoques.

Voilà une observation typique où le médecin traitant pensait d'abord à une appendicite et une péritonite d'origine appendiculaire (Autres observations : voir chapitre Traitement).

En effet, le diagnostic de la P. à P. pose deux problèmes : reconnaître la péritonite et la distinguer des péritonites d'une autre origine. La première partie du diagnostic est chose facile. On peut cependant faire une confusion avec une entérite. Dans les deux affections il y a des douleurs et de la diarrhée, mais les douleurs de la P. et P. sont plus vives, ne présentent pas la forme des coliques. La diarrhée aussi a ses caractères spéciaux. D'ailleurs les signes généraux sont des guides précieux.

Une certaine confusion peut se faire également avec d'autres affections. Il faut en effet, chez les enfants, éliminer le point douloureux abdominal du début de la pneumonie avec réactions péritonéales qui peuvent se voir au cours de cette affection (Mouriquand).

Mais distinguer la P. à P. des autres péritonites est une chose beaucoup plus délicate. Et, c'est surtout avec l'appendicite que la discussion a son plus grand intérêt d'autant plus, que les signes du début de ces deux affections ont beaucoup de ressemblance.

On peut cependant arriver à résoudre ce problème. L'âge et le sexe peuvent avoir une certaine valeur.

Dans le cas d'appendicite, il y a souvent des crises antérieures qui font défaut dans la P. à P.

La diarrhée est un signe très important alors que l'appendicite détermine plus souvent de la constipation. Quant à la douleur, dans la P. à P. elle est plus diffuse, mais on n'a pas le droit de fonder sur ce signe un diagnostic différentiel, car dans l'appendicite on peut avoir aussi une douleur diffuse et ceci justement dans les péritonites généralisées d'emblée. D'autre part, la P. à P. peut provoquer aussi une douleur localisée dans la fosse iliaque droite.

Il semble que c'est l'état de l'abdomen qui a le plus d'importance. Dans l'appendicite, la contracture est souvent précoce et on trouve à la pression, même légère, une défense musculaire et un point douloureux net dans la région appendiculaire. Dans la P. à P. le ventre reste souvent souple et peu douloureux à la palpation.

Quant aux autres signes, il est important de rechercher l'herpès, une angine, des aphtes, la toux et la dyspnée. D'ailleurs l'auscultation pulmonaire devrait être de règle, car souvent, elle peut donner la voie du diagnostic. On a essayé de distinguer la P. à P. de

l'appendicite pour les recherches de laboratoire. L'examen du sang montre en effet, dans la P. à P. de la leucocytose avec polynucléose (polynucléaires dépassant quelquefois 90 p. 100). Mais ceci n'est pas constant pour conférer une certitude.

Lorsque la péritonite se localise, les différences deviennent de plus en plus sensibles et l'importance des signes locaux fait écarter le doute. Dans la P. à P., le ventre reste souple pendant que dans l'appendicite on sent un empâtement profond ou bien un plastron dans la fosse iliaque droite. Quand la collection est formée, dans les formes normales, son siège et sa forme sont caractéristiques. Mais il y a des cas d'appendicite à gros abcès qui donne un tableau analogue. Dans ces conditions l'intervention seule pourra trancher la question.

A côté de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire il faut éliminer les autres diagnostics. La péritonite à streptocoques, consécutive le plus souvent à une angine, à une érysipèle ou à une fièvre éruptive, présente le même aspect clinique et ne peut s'identifier presque exclusivement que par les recherches bactériologiques.)

Le diagnostic avec la péritonite bacillaire peut se poser lorsque celle-ci a un début aigu et fébrile (souvent chez l'enfant) ou quand la P. à P. a un début torpide caractérisé par des troubles digestifs et de l'amaigrissement. Ce cas a été cité par Zimmermann. Mais les signes physiques, dans la plupart des cas, tranchent le problème.

Si toutefois le diagnostic clinique ne peut être assez précis l'intervention, l'aspect morphologique du pus et l'examen bactériologique peuvent apporter la certitude.

Mais il faut ajouter qu'une étude séméiologique très précise des symptômes permet actuellement de faire plus souvent un diagnostic exact au début. Fait très important au point de vue thérapeutique.

Traitement.

Avant de décrire le traitement quelques mots sur le pronostic de la maladie ; il est souvent fonction de la thérapeutique suivie.

Il y a des formes légères de la P. à P. susceptibles de guérir par résolution.

Dans les péritonites confirmées le pourcentage des guérisons est variable selon les auteurs. Nous citerons des exemples selon qu'il s'agit de formes diffuses ou circonscrites.

Pour Michaut :

F. diffuses sur 11 cas. Guérisons 2 = 18 %.

F. localisées sur 22 cas. — 20 = 90 %.

Pour Lenormant et Lecène :

F. diffuses sur 10 cas. Guérisons 2 = 20 %.

F. localisées sur 38 cas. — 34 = 89 %.

Pour Rohr :

Chez l'enfant :

F. diffuses sur 61 cas. Guérisons 8 = 14 %.

F. localisées sur 66 cas. — 60 = 90 %.

Chez l'adulte :

F. diffuses sur 42 cas. Guérisons 3 = 8 %.

F. localisées sur 22 cas. — 16 = 77 %.

Il résulte de ces chiffres que la proportion des guérisons est d'environ 80 % dans les formes localisées et de 20 % dans les formes diffuses.

Les causes de la mort sont : l'évolution progressive de la maladie surtout dans les formes diffuses, les complications dues aux pneumocoques, broncho-pneumonie, pleurésie purulente, péricardite, néphrite, etc.

Et nous arrivons maintenant au chapitre, un des plus importants, la thérapeutique de la P. à P.

Tout d'abord le problème qui se pose, c'est :

**I) Faut-il intervenir dès le début
dans la P. à P. ?**

Or, sur la conduite à tenir dès le début, les chirurgiens sont divisés. Les uns sont partisans de la temporisation, les autres préconisent l'intervention immédiate. Pour les premiers, l'intervention précoce est inutile et dangereuse. Leurs arguments sont d'abord : le but d'une laparotomie dans toute péritonite est d'évacuer le pus ou de tarir la source de l'infection quand il s'agit par exemple d'une perforation appendiculaire. Mais dans la P. à P. dans sa période initiale, pendant les premières heures, il n'y a rien à évacuer, car il n'y a pas encore de pus.

Ensuite : la mortalité élevée dans l'intervention précoce semble la contre-indiquer. Jensen publie 9 décès sur 11 opérations. Mathieu sur 7 cas opérés d'urgence comme appendicite a relevé 2 morts rapides. Aourousseau sur 8 cas a eu 7 décès. Budde est devenu abstentionniste, ayant vu la mortalité atteindre 90 p. 100.

Il se peut que la mortalité soit due non pas à l'intervention, mais à la gravité des lésions. Les statistiques de Kœennecke et d'Obdaleck le montrent. Le premier sur 23 cas opérés dans les premiers jours a eu 10 guérisons et 13 morts. Obdaleck, sur 27 cas, a eu 18 guérisons et 9 morts. Les malades qui sont morts présentaient pour la plupart des lésions multiples, péricardite, méningite, atrophie jaune aiguë du foie.

Mais cette question ne peut être résolue uniquement par des chiffres. D'ailleurs, au début, nous sommes en présence de sujets gravements infectés qui sont sous la menace d'une complication broncho-pulmonaire pleurale, cardiaque ou rénale. C'est ce qui s'est produit dans l'observation de Mathieu, où l'opération d'une P. à P. fut suivie le lendemain de l'apparition de foyers pulmonaires et d'une double pleurésie purulente ayant entraîné la mort.

Ceux qui préconisent l'intervention précoce ont un gros argument : la difficulté d'arriver à un diagnostic certain, l'erreur en cas d'appendicite étant susceptible d'avoir des conséquences fatales. C'est le cas de Tavernier :

Observation II : Une fillette de vingt-deux mois arrive avec un diagnostic de péritonite appendiculaire. Deux jours auparavant, l'enfant avait été prise subitement de douleurs abdominales, de vomissements et d'une diarrhée verdâtre. Température : 39°2. Pouls très rapide. Faciès péritonéal. Le ventre ballonné, douloureux partout. Devant un tel tableau le diagnostic de P. à P. s'imposait. Malgré la gravité de l'état de l'enfant, on l'opère. On trouve un appendice rétro-cæcal gangréné. Pas de pus. L'enfant guérit.

Observation III : Une fille de 6 ans. Deux jours avant son hospitalisation avait été prise d'une crise abdominale avec vomissements, fièvre élevée, diarrhée abondante. A l'examen on trouve : le ventre ballonné, douloureux partout. Faciès mauvais. Devant ces signes on pose le diagnostic de P. à P. Opérée le même jour, on se trouve en présence d'une appendicite pelvienne. Pas de pus ni fausses membranes. L'enfant guérit rapidement.

Observation IV : Une fillette de 17 mois. Début il y a 2 jours par des douleurs abdominales et des vomissements et une diarrhée abondante. La température n'était que de 38°2. L'abdomen un peu ballonné, mais souple, la pression éveillait des douleurs à droite et à gauche. On fait le diagnostic de P. à P. et comme ce jour son état général était satisfaisant, on ne l'opère pas. Le lendemain l'état s'est aggravé, les vomissements ont repris, le pouls est rapide. On prend la décision d'intervenir et on trouve un appendice rétro-cæcal en état de gangrène. L'enfant meurt le lendemain.

Voilà 3 cas où des péritonites appendiculaires ont été prises pour des P. à P. On constate donc que l'abstention peut être quelquefois fatale.

Mais si l'on professe que tout syndrome péritonéal aigu commande l'intervention, on risque d'intervenir dans les cas des pneumonies avec point douloureux abdominal, de péritonites gonococciques ou tuberculeuses. Si, au contraire, on soutient que le diagnostic de la P. à P. doit toujours se faire et qu'il commande la temporisation, on pourra causer la mort d'appendicites méconnues.

Donc si on est en présence d'un syndrome péritonéal aigu, quand la prudence s'impose. On ne doit pas prendre le bistouri sans avoir fait le diagnostic exact de la cause. Ceci, bien entendu, est facile quand il s'agit de formes associées dans lesquelles l'affection abdominale apparaît au cours d'une affection pleuropulmonaire. *Ici la temporisation devrait être de règle.*

Le cas est plus difficile lorsque la péritonite évolue isolément. Il faut alors rechercher la coexistence d'une angine ou d'une otite. Il faut interroger l'entourage. Parfois ce seront de tout petits signes qui mettront sur la voie : l'aspect du visage, une toux légère, un *herpès*. L'examen du malade doit être complet. Ce n'est que dans le cas où l'on a une certitude suffisante qu'on peut se décider à attendre. Si au contraire le doute persiste, il faut choisir le moyen qui sera le moins dangereux, qui est en général l'intervention. Cette intervention doit être aussi simple

et courte que possible, en se bornant quelquefois à vérifier l'intégrité de l'appendice.

II) Période d'état.

Lorsque la crise du début est terminée, on est unanime pour temporiser et s'assurer d'un diagnostic certain.

Dans les péritonites diffuses qui se prolongent, le moment de l'intervention est délicat à fixer. Nous insistons sur la surveillance du malade de très près.

Lorsque la péritonite s'enkyste le mieux est d'attendre que l'abcès bien collecté se révèle manifestement. Ce qui se produit en général dans la troisième semaine.

Dans les cas normaux la technique opératoire est simple. Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on incise le péritoine (avec prudence, car l'intestin peut se trouver quelquefois adhérent) et en général, on tombe de suite sur la collection. Il faut s'assurer que cette collection est unique.

L'opération se termine par une mise en place d'un drain d'assez gros calibre et souvent d'un Mikulicz.

Nous insistons sur ce fait qu'il faut toujours procéder avec la plus grande prudence pour ne pas léser l'intestin.

Traitement médical.

A côté du traitement chirurgical de la P. à P. il ne faut pas oublier, aussi bien avant l'intervention que

dans la période post-opératoire, d'user de la thérapeutique usuelle, telle que la glace, les toni-cardiaques, etc. La transfusion est utile et peut donner des améliorations dans certains cas.

Il faut citer également la sérothérapie, la vaccinothérapie et la chimiothérapie.

La sérothérapie pneumococcique ne donne pas de succès justiciables de son emploi. D'autre part, vu la quantité de différentes races du pneumocoque, il aurait fallu un sérum polyvalent ou un mélange de sérums monovalents. Aux Etats-Unis Avery, Dochy et Coli ont obtenu un sérum monovalent actif en immunisant des chevaux par l'inoculation de pneumocoques I tués par la chaleur, puis par l'inoculation de microbes vivants atténués.

Quels que soient les sérums employés, il faut injecter des doses importantes. Les Américains injectent par voie veineuse 100 cc.

Mais, il faut dire, que si la sérothérapie pneumococcique avait donnée des bons résultats, le traitement sérothérapique de la pneumonie serait devenu une règle absolue.

Quant à la vaccinothérapie, elle a été utilisée dans la pneumonie. Elle agit plus lentement que la sérothérapie. On peut utiliser un auto ou un stock vaccin. Citons également les vaccins mixtes de Pasteur, de Dufour qui renferment du pneumocoque, du bacille de Pfeiffer, du streptocoque et du micrococcus Aureus.

La chimiothérapie devrait être considérée comme adjuvant du traitement, mais ses succès ne sont pas probants.

Morelli, en 1912, avait préconisé la digitale, mais elle n'a pas de valeur spécifique, elle n'agit que secondairement par son action cardiaque.

Mamon conseille les lavements de créosote qui aurait une action élective sur le pneumocoque.

Les injections de métaux colloïdaux : électrargol, electrocuprol, ont parfois une action favorable.

Les sulfamides récemment utilisés ont paru donner des résultats assez encourageants.

Une observation de P. à P. chez l'adulte

(D^r Lapeyre de Tours).

M^{lle} X..., 25 ans, soignée chez elle du 10 au 17 mars pour une affection pulmonaire fébrile. Hospitalisée le 23.

Examinée, elle présente un faciès péritonéal, température 40°. L'inspection du ventre montre une tumeur médiane, fluctuante. A la palpation on perçoit la sensation de flot. Le toucher vaginal indique que le pelvis est rempli par le liquide.

Auscultation : négative. Traces de vésicules d'herpès au coin des lèvres.

Opérée le lendemain. Incision sous-ombilicale, une énorme collection enkystée de pus crémeux caractéristique. Mise en place de deux gros drains, dont un au fond de Douglas.

L'examen bactériologique positif : nombreux pneumocoques. Cinq jours après l'intervention la collection s'est ouverte dans la vessie. Une fistule urinaire s'établit par la plaie. Sonde à demeure. Amélioration lente. Guérison tardive, après l'intervention du côté de la vessie pour guérir la fistule.

Conclusions.

Nous pouvons conclure, d'après notre exposé, que la péritonite à pneumocoques est une affection à laquelle on doit penser chaque fois que l'on se trouve devant un tableau péritonéal. L'affection fréquente chez les enfants, filles surtout, est possible chez l'adulte.

Quant au traitement chirurgical surtout dès le début de la maladie, le problème étant très délicat, nous ne pouvons pas formuler de règles absolues. La décision dépend souvent d'une connaissance approfondie de la symptomatologie, d'un examen clinique complet, en tenant compte de la discussion précédente, et aussi de l'expérience et du sens clinique du médecin traitant. Il nous semble que l'abstention systématique dans la péritonite à pneumocoques est dangereuse, car elle risque souvent d'ignorer des appendicites, lorsque le diagnostic paraît hésitant.

Vu : Le Président de la thèse,
L. TANON.

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUROUSSEAU. — *Pédiatrie pratique*, 1928.
- BEAVEN. — *Americ. Journ. of Diseas. of Children*, 1920.
- BERGAMINI. — *La Pediatria*, 1927.
- BRÉCHOT. — *Bull. Soc. Chir.*, 1931.
- BRIQUET. — *Paris chirurgical*, 1919.
- BROCA. — *Cliniques de chir. inf.*
- BUDDE. — *Klinische Wochenschrift*, 1926.
- CARTNEY et FRASER. — *Brit. Journ. of Surgery*, 1922.
- CERZA. — *La Pediatria*, Naples, 1. I. 1930.
- COMBY. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*,
mars 1927, p. 153.
- DARU, LÆDERICH et MANON. — *Soc. méd. des Hôpitaux*,
1931.
- FUMI. — *Journal des Praticiens*.
- GOSSMANN. — *Zentralblatt für chirurgie*.
- GUINON. — *Société médicale des hôpitaux*, 1907.
- HUE. — *Société de Pédiatrie*, Paris, 1927.
- JENSEN et NETTER. — *Pneumokokkruperitonitis*.
- KRAFT. — *Journal de Chirurgie*, 1923.
- LEONARDO. — *Annals of Surg.*, 1926.
- MACDAGAN. — *Revista medica de Rosario*.
- MARFAN et FLORAND. — *Le nourrisson*, 1927.

- MATHIEU et DAVIOND. — *La Médecine*, 1926 ; *Presse médicale*, 1926.
- MATHIEU et MARCHAND. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1930.
- MELCHIOR. — *Medicinische Klinische*, 1926.
- MEYER. — *Soc. de Pédiatrie*, 1922.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents*, Masson, Paris, 1930.
— *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1931.
- MOURIQUAND. — *Arch. de Médecine des enfants*, 1926, 1927.
- NOBÉCOURT. — *Medicina Argentina*, 1927.
- OBDALEK. — *Deut. Zeit. für Chir.*, 1929, t. CCXX, 1931.
- RIBADEAU-DUMAS. — *Soc. de Pédiatrie*, 1922.
- RIVET et DAYROS. — *Revue méd. fr.*, n° 3.
- ROCHER. — *Soc. de Pédiatrie*, 1924, 17 juin.
- SIMPSON. — *Britisch. med. Journ.*, 1929.
- TORI. — Thèse Bordeaux, 1926.
- VILLEMIN. — *Soc. de Pédiatrie*.
- WERNECK. — *Revista medico chirurgica du Brésil*, 1929.
- ZIMMERMANN. — *Revue de la Suisse romande*.
- ZUBER. — *Société de Pédiatrie*, 1927.



10.2